

ANEXO II

Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida

Nº cadastro:	
Informações do médico prescriptor:	
Nome:	
Especialidade:	Nº CRM:
E-mail:	
Endereço residencial:	
Rua/Av: _____ nº: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____	
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____	
Endereço comercial:	
Rua/Av: _____ nº: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____	
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____	
Declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição do medicamento Talidomida.	
Local e data:	
_____ Carimbo e Assinatura do médico	
Autoridade Sanitária competente:	
Nome do responsável pelo cadastramento:	
Nº do registro funcional:	
_____ Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento	